



**University of
Zurich^{UZH}**

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2008

Wie leitliniengerecht ist die Behandlung degenerativer Gelenkerkrankungen in der hausärztlichen Praxis? Ein Vergleich internationaler Leitlinien mit selbst berichtetem Vorgehen

Rosemann, T ; Joos, S ; Szecsenyi, J

Abstract: Hintergrund: Für Arthrosepatienten ist der Hausarzt primärer Ansprechpartner und „Lotse“ im Gesundheitssystem. Eine deutsche Leitlinie für den hausärztlichen Sektor existiert bislang nicht. Ziel der vorliegenden Arbeit war es, das hausärztliche Vorgehen bezüglich Diagnostik, Therapie und Überweisungen an Orthopäden zu untersuchen. Methoden: Es handelt sich um eine Querschnittsstudie mittels eines selbst erstellten, strukturierten Fragebogens mit einer Stichprobe von 144 Hausärzten. Ergebnisse: In der Diagnostik wurde die Bedeutung der Bildgebung überschätzt. Die Bewertung der therapeutischen Optionen stimmte mit den vorhandenen internationalen Leitlinien weitgehend überein, wobei die Präferenz auf nicht-invasiven Verfahren mit z. T. mangelnder Evidenz lag. In der medikamentösen Therapie wurden nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) den COX-2-Inhibitoren vorgezogen. Eine ambivalente Haltung bestand gegenüber der Weiterverweisung zu Orthopäden. Schlussfolgerung: Eine hausärztliche Leitlinie mit der Betonung spezifisch hausärztlicher Aspekte könnte die Effizienz in Diagnostik und Therapie verbessern und das hausärztliche Aufgabengebiet bei Arthrosepatienten klarer abgrenzen. Schlüsselwörter: Arthrose - Allgemeinmedizin - Leitlinien - Evidenzbasierte Medizin

DOI: <https://doi.org/10.1007/s00132-007-1175-3>

Other titles: The management of osteoarthritis by general practitioners in Germany : comparison of self-reported behaviour with international guidelines

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-12861>

Journal Article

Accepted Version

Originally published at:

Rosemann, T; Joos, S; Szecsenyi, J (2008). Wie leitliniengerecht ist die Behandlung degenerativer Gelenkerkrankungen in der hausärztlichen Praxis? Ein Vergleich internationaler Leitlinien mit selbst berichtetem Vorgehen. *Der Orthopäde*, 37(1):69-74.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s00132-007-1175-3>

Wie leitliniengerecht ist die Behandlung degenerativer Gelenkerkrankungen in der hausärztlichen Praxis? Ein Vergleich internationaler Leitlinien mit selbstberichtetem Vorgehen.

The management of osteoarthritis by general practitioners in Germany.

Comparison of self-reported behaviour with international guidelines.

PD Dr. med. Thomas Rosemann ¹

Dr. med. Stefanie Joos ¹

Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Joachim Szecsenyi, Ärztlicher Direktor ¹

¹ Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und

Versorgungsforschung, Voßstr.2, 69115 Heidelberg

Department of General Practice and Health Services Research, University Hospital

Heidelberg, Voßstr. 2, 69115 Heidelberg, Germany

Phone +49/6221/56-5213

Fax +49/6221/56-1972

Abstract

Hintergrund

Für Arthrosepatienten ist der Hausarzt primärer Ansprechpartner und „Lotse“ im Gesundheitssystem. Eine deutsche Leitlinie für den hausärztlichen Sektor existiert bislang nicht. Ziel der vorliegenden Arbeit war es, das hausärztliche Vorgehen bezüglich Diagnostik, Therapie und Überweisungen an Orthopäden zu untersuchen.

Methoden

Querschnittsstudie mittels eines selbsterstellten, strukturierten Fragebogens mit einer Stichprobe von 144 Hausärzten.

Ergebnisse

In der Diagnostik wurde die Bedeutung der Bildgebung überschätzt. Die Bewertung der therapeutischen Optionen stimmte mit den vorhandenen internationalen Leitlinien weitgehend überein, wobei die Präferenz auf nicht-invasiven Verfahren mit z.T. mangelnder Evidenz lag. In der medikamentösen Therapie wurden NSAR den COX2-Inhibitoren vorgezogen. Eine ambivalente Haltung besteht gegenüber der Weiterverweisung zu Orthopäden.

Zusammenfassung

Eine hausärztliche Leitlinie mit der Betonung spezifisch hausärztlicher Aspekte könnte die Effizienz in Diagnostik und Therapie verbessern und das hausärztliche Aufgabengebiet bei Arthrosepatienten klarer abgrenzen.

Schlüsselwörter: Arthrose, Allgemeinmedizin, Leitlinien, Evidenzbasierte Medizin

Abstract

Background

In most countries, guidelines for the treatment of osteoarthritis (OA) are available. However, in Germany, no guideline for the primary care sector is available. The care provider of most patients is the General Practitioner (GP). The aim of the study was to investigate the approaches in diagnosing and treating OA of German GPs and to assess adherence to international guidelines.

Methods

Cross-sectional study using a structured questionnaire with a random sample of 144 General Practitioners.

Results

Regarding diagnosis, the importance of x-rays was overestimated. Regarding treatment approaches, exercising and weight reduction were regarded as primary treatment targets. Pharmacological treatment approaches were somewhat guideline-oriented, but conservative approaches as physical therapy were overestimated as invasive treatments as intraarticular injections were underestimated in its benefit.

Conclusion

Establishing a primary care specific guideline and increasing guideline-adherence could help to prevent the present overuse of x-rays and the high amount of referrals to orthopaedics, save costs and reduce inadequate treatments.

Key words: osteoarthritis; primary care; guidelines; evidence based medicine;

Hintergrund und Fragestellung

Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) leiden unter den Über-60-Jährigen 9.6 % der Männer und 18.0 % der Frauen an einer symptomatischen Arthrose. Die Prävalenz radiologischer Veränderungen im Sinne einer Arthrose ist in etwa doppelt so hoch (1). Im Unterschied zu Deutschland wird im angloamerikanischen Raum die konservative, fachärztliche Behandlung primär durch Rheumatologen sichergestellt, die operative durch den „orthopaedic surgeon“, der im operativen Bereich dem deutschen Facharzt für Unfallchirurgie und Orthopädie entspricht. In allen Gesundheitssystemen kommt allerdings dem Hausarzt oder „General Practitioner“ eine zentrale Rolle bei der Versorgung dieser Patienten zu (2). Im deutschen Gesundheitswesen besitzt der Hausarzt derzeit noch keine „Gatekeeper“-Rolle wie dies in vielen anderen Ländern der Fall ist. Dennoch kommt ihm eine bedeutende Rolle als erster Ansprechpartner und als „Lotse“ bei der Arthrose zu. Wesentliche Prädiktoren sowohl für die Inzidenz als auch den Verlauf der Arthrose sind die individuelle körperliche Aktivität und –damit assoziiert- der Body Mass Index. Hier kommt dem Hausarzt eine bedeutende Rolle in der Aufklärung und der sekundärpräventiven Beratung zu. In der medikamentösen Therapie ist insbesondere eine adäquate schmerztherapeutische Behandlung bedeutsam. Letztlich kommt dem Hausarzt auch eine gesundheitsökonomische Bedeutung zu durch die stadiengerechte Weiterverweisung zu weitergehender Diagnostik und Therapie.

In vielen Ländern sind daher Leitlinien für die Behandlung der Arthrose im hausärztlichen Kontext verfügbar, in Deutschland existiert bis dato keine solche Leitlinie. In Europa hat die European League Against Rheumatism (EULAR) erstmals im Jahre 2000 Empfehlungen für die Behandlung der Knie- und Hüftgelenksarthrose

herausgegeben. Diese Empfehlungen decken sich weitgehend mit denen des American College for Rheumatism (ACR) (3-6). Beide Leitlinien empfehlen eine differenzierte, Erkrankungs- und Risiko- adaptierte Therapie vor, die nachfolgend vereinfacht wiedergegeben wird. Die Betonung der Bedeutung körperlicher Aktivität und die Gewichtsreduktion von adipösen und übergewichtigen Patienten sowie die Beratung zum „Coping“ im Alltag, stellen in beiden Leitlinien die wichtigsten nicht-medikamentösen Interventionen dar.

Paracetamol wird als Analgetikum erster Wahl empfohlen. Bei Patienten, die eine ungenügende Reaktion darauf zeigen, sind NSAR und bei erhöhtem gastrointestinalem Risiko COX2-Inhibitoren oder NSAR zusammen mit Gastroprotektiva angezeigt. Opioide werden vorgeschlagen, wenn NSAR nicht ausreichen oder kontraindiziert sind. Im Fall der Symptomatic Slow-Acting Drugs in Osteoarthritis (SYSADOAs), unterscheiden sich die EULAR- und ACR-Empfehlungen bei der Bewertung des Nutzens aufgrund der unterschiedlichen Bewertung methodischer Probleme der vorhandenen Studien (4;7-11). Die Empfehlungen der EULAR bzw. ACR finden sich auch in den meisten hausärztlichen Leitlinien wieder. Jedoch haben Studien gezeigt, dass es auch in Ländern mit hausärztlichen Leitlinien eine enorme Varianz im diagnostischen und therapeutischen Herangehen der Primärversorger gibt und es in vielen Fällen an einer konsequenten und systematischen Herangehensweise mangelt (2;12). Bis dato existiert keine Untersuchung, die die Herangehensweise deutscher Hausärzte erfasst hat. Ziel dieser Studie ist es daher, die selbstberichtete Vorgehensweise von Hausärzten in Diagnostik und Therapie der Arthrose mit den existierenden Leitlinien zu vergleichen.

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Erstellung des Fragebogens

Um sich der Thematik aus einer hausärztlichen Perspektive anzunähern und diese in einem Fragebogeninstrument zu erfassen, führten wir zunächst eine qualitative Vorerhebung mit 20 Allgemeinärzten durch. In diesen Gesprächen ging es hauptsächlich um die Diagnose und Therapie der OA, Probleme bei der täglichen Versorgung und Gründe für eine Überweisung (13). Ausgehend von diesen Informationen entwickelten wir einen Fragebogen mit fünf Themenkomplexen: Diagnostisches Vorgehen, Dokumentation, Therapie, Probleme in der Therapie und Gründe für eine Überweisung zum Facharzt (Orthopäden). Die Themenbereiche „Diagnostik“ und „Gründe für eine Überweisung“ wurden mit der Einstufung „sehr wichtig“, „wichtig“, „nicht so wichtig“ und „überhaupt nicht wichtig“ erfasst. Im Bereich Diagnostik wurde zudem bei den durch den Hausarzt selbst durchgeführten Prozeduren wie „Anamnese“ und „körperliche Untersuchung“ gezielt nach Qualität und Quantität gefragt. Bezüglich der Frage nach Problemen in der Behandlung wurde die Skalierung „große Probleme“, „Probleme“ oder „wenig Probleme“ und „kein(e) Problem(e)“ verwendet. Der wichtigste Bereich war die Einschätzung verschiedener therapeutischer Verfahren. Hierzu wurden die Hausärzte gebeten, vorgestellte Therapien auf einer 5 stufigen Likert-Skala einzuordnen. Mögliche Bewertungen reichten von 1=großer Nutzen/Bedeutung bis zu 5=überhaupt kein Nutzen/Bedeutung. Es wurde explizit nach der Bedeutung für die persönliche Therapie gefragt und gebeten, sich bei der Bewertung an persönlichen Erfahrungen und Verhaltensweisen zu orientieren und nicht an einer möglichen Evidenz.

Rekrutierung der Hausärzte

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) fördert am Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, über einen Zeitraum von 6 Jahren ein Projekt (PraxArt) mit dem Ziel, die Qualität der Versorgung von Arthrosepatienten im hausärztlichen

Bereich zu verbessern (14). 503 Hausärzte aus der Region Heidelberg wurden in diesem Rahmen zu Informationsveranstaltungen eingeladen. Teilnehmende Ärzte erhielten den Fragebogen, der auch arzt-/praxisspezifische Fragen zu Alter, Geschlecht, Niederlassungsjahr, Praxisgröße, Praxisausstattung, Zusatzbezeichnungen und Entfernung zum nächsten Orthopäden enthielt.

Ergebnisse

Von den 503 eingeladenen Hausärzten nahmen 153 an den Informationsveranstaltungen teil. 144 Fragebögen wurden soweit ausgefüllt, dass sie ausgewertet werden konnten. Fehlende Daten traten nur im Bezug auf die Angabe der Patientenzahl pro Quartal auf. Wie in Tabelle 1 zu erkennen ist, dominierten die männlichen Kollegen die Studie (78,5%). Das durchschnittliche Alter der Hausärzte betrug 47,4 Jahre. Die durchschnittliche Tätigkeitsdauer als niedergelassener Hausarzt war mit 14,1 Jahren relativ hoch. 51 (35.4%) der teilnehmenden Hausärzte hatten eine der Zusatzqualifikationen Sportmedizin, Chirotherapie, Akupunktur oder Schmerztherapie. Die durchschnittliche Zahl der Patienten pro Quartal betrug 1024.

Tabelle 2 zeigt die Angaben der Hausärzte zur Bedeutung der einzelnen Prozeduren in der Diagnose der Arthrose. Dabei spielen Anamnese und körperliche Untersuchung die zentrale Rolle. Die meisten Hausärzte stellen bei der Anamnese explizit Fragen nach Schmerz, Steifigkeit, lokalen Befindlichkeiten und dem Verlauf der Erkrankung. Was den Schmerz betrifft, so fragten Hausärzte am häufigsten nach der Lokalisation des Schmerzes (128/88,8%), nach der Korrelation des Schmerzes mit körperlicher Anstrengung (111/77,0%) und nach der Tageszeit bei, der der Schmerz normalerweise auftritt (96/66,6%). Weiterhin befragten ungefähr die Hälfte der Hausärzte ihre Patienten über Morgensteifigkeit und/oder Gelenkschwellung. Nur

wenige Hausärzte erkundigten sich nach früheren Traumata (42/29,1%) oder nach einer charakteristischen Familiengeschichte (5/3,4%). Die wichtigsten Indikatoren bei der körperlichen Untersuchung des Patienten waren die Einschränkung der Gelenkbeweglichkeit (130/90,2%), Schmerzen (122/84,7%), Gelenkschwellung (73/50,6%) und Krepitationen (65/45,1%). Muskuloskelettale Asymmetrien – wie zum Beispiel eine Beinlängendifferenz – wurden regelmäßig von 55 (38,1%) untersucht, wobei nur 21 (14,5%) der Hausärzte explizit nach einem möglichen Muskelschwund suchten, wie z.B. der Atrophie des M. quadriceps femoris. Eine Röntgenuntersuchung scheint für 103 (71,5%) der Hausärzte wichtig zu sein und ist somit wichtiger als die Zweitmeinung eines Facharztes. Obwohl deutsche Hausärzte anders als in vielen europäischen Nachbarländern unmittelbar Zugang zu MRT und CT haben, wurden diese bildgebenden Verfahren von der Mehrheit (119/82,6%) der Hausärzte als nur wenig hilfreich betrachtet. 130 (90,3%) der Hausärzte erachteten auch die Kniegelenksarthroskopie als einen Eingriff, der wenig Bedeutung für die Arthrosediagnostik hat.

Tabelle 3 zeigt die Angaben auf die Frage, welche Befunde bzw. Angaben Niederschlag in der hausärztlichen Dokumentation finden. Alle Hausärzte notierten die definitive Diagnose in der Patientenakte und die meisten von ihnen dokumentierten die Hauptbefunde der körperlichen Untersuchung (inklusive Schmerz Lokalbefund). Auch die Medikation inklusive Dosierung und Verschreibungsdatum sowie ggf. die Verordnung physikalischer Therapie wurde von den meisten Hausärzten dokumentiert. Größe und Gewicht des Patienten wurden von fast zwei Drittel der Hausärzte festgehalten, beruhten dabei jedoch größtenteils (76 von 95/80%) auf Patientenangaben. Der BMI wurde nur von 22,9% errechnet und dokumentiert.

Tabelle 4 zeigt die Beurteilung verschiedener Behandlungsansätze durch die Hausärzte. Die Motivation zu sportlicher Betätigung und Muskelaufbau wurde als eines der wichtigsten Ziele in der Arthrosetherapie eingeschätzt (Mittelwert 1,46), dicht gefolgt von der Motivation zur Gewichtsreduktion (1,53). Die physikalische Therapie wurde ebenfalls als eine wichtige Behandlungsoption angesehen (1,81). Unspezifische NSAR wie Diclofenac (1,83) wurden signifikant wichtiger eingestuft als COX-2-Inhibitoren (2,83). In der Behandlung von starken und stärksten Schmerzen hatten Opioide (1,86) fast die gleiche Bedeutung für Hausärzte wie NSAR. Substanzen wie Glucosamin und Chondroitin (3,30), aber auch Magnetfeldtherapie (3,48) und Vitamin E-Präparate (3,59) wurden als nicht sehr hilfreich betrachtet.

Die Probleme, die Hausärzte in der Behandlung der Arthrose haben, sind in Tabelle 5 dargestellt. 90.9% (131) der Ärzte sehen die schwierige Motivierbarkeit der Patienten zur körperlichen Betätigung als ein Hauptproblem der Arthrosebehandlung an. Für 84,7% (122) der Hausärzte stellte die Schmerztherapie eine Herausforderung dar und für immerhin 63.1% (91) repräsentiert eine begleitende Depression ein großes Problem in der Behandlung. Ein vermutetes Rentenbegehren wurde von einem kleinen Teil als Problem erachtet.

Die Ergebnisse im Hinblick auf die Überweisung zum Orthopäden sind in Tabelle 6 dargestellt. Der dominierende Grund für eine Überweisung ist in den meisten Fällen der Wunsch des Patienten: 88,9% (128) der befragten Hausärzte nannten dies als einen wichtigen oder sehr wichtigen Grund für eine Überweisung. Für 47,2% (68) der Hausärzte ist die Frage nach der Indikation einer operativen Intervention ein wichtiger Grund für eine Überweisung. Interessanterweise empfinden viele Hausärzte angesichts der limitierten konservativen Therapieoptionen auch einen gewissen

Druck seitens des Patienten und erachten die Überweisung zum Orthopäden als eine Möglichkeit, sich davon zu befreien. Andere Gründe für eine Überweisung waren der Ausschluss von Osteosarkomen oder Metastasen (10,4%) und der Ausschluss rheumatoider Erkrankungen (8,3%).

Diskussion

Insgesamt betrachtet entsprechen die Einschätzungen der Hausärzte zu Bedeutung von Diagnostik und Therapie bei Arthrose den verfügbaren internationalen Leitlinien und Therapieempfehlungen (4;15;16). Diskrepanzen sind sicherlich in der Tatsache begründet, dass z.B. intraartikuläre Injektionen von Corticoiden vergleichsweise selten von Hausärzten durchgeführt werden, sondern in der Regel eine fachärztliche Maßnahme darstellen. Die Betonung nicht-invasiver Verfahren spiegelt jedoch sehr deutlich den spezifischen Fokus der Hausärzte wieder. Ähnliche Ergebnisse im Bezug auf invasive Techniken konnten auch Mazieres und Kollegen nachweisen, die die Akzeptanz der EULAR-Empfehlungen in Frankreich, Spanien, Schweiz, Belgien und Italien bei Hausärzten, Rheumatologen und operativen Orthopäden untersuchten (17). Chevalier und Kollegen zeigten in einer ähnlichen Untersuchung in Frankreich die Überbewertung der radiologischen Diagnostik und Defizite in der medikamentösen Therapie auf (18). Im Vergleich zu einer früheren französischen Untersuchung aus dem Jahre 2000 hatten sich in dieser Untersuchung keine wesentlichen Veränderungen gezeigt (19), was auf die bekannten Probleme der Implementierung von Leitlinien und Empfehlungen hindeutet (20). Ursache hierfür mag im Bereich der Arthrose vor allem die hohe interindividuelle Variabilität zwischen den Hausärzten sein, die sich teilweise auch in den hohen Standardabweichungen

der Bewertungen zeigte und die individuellen Präferenzen z.B. im Hinblick auf homöopathische Therapien reflektiert (21).

Diese Variation zeigte sich in unserer Befragung gerade auch im Hinblick auf den Umfang der Dokumentation. Informationen über die verordneten Medikamente dominieren hier. Untersuchungen im internationalen Kontext gibt es interessanterweise hierzu nicht. Anamnese und körperliche Untersuchung wurden als die wichtigsten Informationsquellen und als Hauptpfeiler in der Arthrosediagnostik erachtet. Obgleich es zahlreiche Studien gibt, die die schwache Korrelation zwischen subjektiven Arthrosebeschwerden und radiologischen Veränderungen belegen (22), genießt diese Untersuchung eine hohe Bedeutung für die befragten Hausärzte. In einer früheren Arbeit konnten wir zeigen, dass auch die Einschätzung der Lebensqualität stark von einem pathophysiologischen Modell geprägt ist, in dem wiederum radiologische Veränderungen eine wesentliche Rolle spielen (23).

Ähnliche Ergebnisse zeigt auch die aktuellste der bereits erwähnten Studien aus Frankreich (24), allerdings mit dem Unterschied, dass die Häufigkeit radiologischer Bildgebung in Deutschland diese um den Faktor zwei übertrifft (25).

Hausärztliche Beratung

Eine Vielzahl von Studien hat die Effektivität von Bewegung und sportlicher Betätigung auf Inzidenz und Progression der Arthrose gezeigt. Der ärztliche Rat zu Sport und Gewichtsreduktion ist daher eine Basisempfehlung in allen Leitlinien (26-28). Die Ergebnisse unserer Befragung zeigen, dass den Hausärzten dies auch bewusst ist. Dies steht zunächst im Widerspruch zu Ergebnissen, die darauf hinweisen, dass Hausärzte weniger Anleitung zur sportlichen Betätigung geben als z.B. Rheumatologen (29). Ein detaillierter Vergleich zeigt jedoch, dass dies darin begründet sein mag, dass die Empfehlungen der Hausärzte oftmals vage sind und beispielweise bei der Kniegelenksarthrose nicht gezielt auf die Stärkung des M.

quadrizeps femoris fokussierten (13). Interessant ist auch, dass der mangelnde Erfolg der Lebensstilberatung als großes Problem eingestuft wurde. Eine von uns in 75 Hausarztpraxen durchgeführte Studie mit 1024 eingeschlossenen Arthrosepatienten konnte eine erhöhte Prävalenz von Depressionen nachweisen (30). Einerseits muss davon ausgegangen werden, dass die Lebensqualität durch das Vorliegen einer gleichzeitigen Depression grundlegend beeinflusst wird (31), andererseits hat dies auch Bedeutung für die Compliance der Patienten in Bezug auf die Beratung zur körperlichen Aktivität (32). Ganz offensichtlich stellt dies im Behandlungsalltag ein nicht zu unterschätzendes Problem in der Bewertung der vom Patienten beklagten Symptome und Beschwerden dar (33).

Medikamentöse Therapie

Die vorliegende Bewertung der Hausärzte spiegelt eine Tendenz zur Therapie mit NSAR wieder, was sich auch in ähnlichen Studien schon zeigte (34). Unklar bleibt, inwieweit die Befragung durch die Rücknahme einiger COX-2-Inhibitoren beeinflusst wurde. Ähnliche Verschreibungspräferenzen wurden jedoch auch in älteren Studien verzeichnet (35). Einfache NSAR stellen allen verfügbaren Leitlinien immer noch die erste Wahl für Patienten ohne Risikofaktoren wie z.B. gastrointestinale Blutungen dar (9;36-39). Die Bedeutung von Opioiden wurde als genauso hoch wie die der NSAR bewertet, was eine offensichtliche Diskrepanz zu den Ergebnissen früherer Studien darstellt, die nahe legen, dass die Schmerzbehandlung in der hausärztlichen Versorgung nicht ausreichend wäre. Die Anwendung von heißen oder kalten Stimuli auf das Gelenk stellt eine offensichtlich weit verbreitete hausärztliche Empfehlung dar. Obgleich umfangreiche, methodisch unzweifelhafte RCTs nicht in großer Zahl existieren, kam ein Cochrane-Review zu dem Schluss, dass insbesondere die Applikation von Kälte empfehlenswert ist (40). Kürzlich wurde gezeigt, dass Akupunktur bei Patienten mit Kniegelenksarthrose wirksam ist; unklar ist, ob die

Bewertung durch die Hausärzte diese Evidenz widerspiegelt oder Resultat der Tatsache ist, dass viele die Akupunktur in der eigenen Praxis anbieten (41;42). Demgegenüber wurden intraartikuläre Injektionen, die eine evidenzbasierte, kurzzeitige Therapieoption bei akuten Entzündungen des Gelenkes darstellen (43-47) als weniger bedeutsam eingestuft. Metaanalysen von Substanzen wie Glukosamin, Chondroitin und Hyaluronsäure (SYSDOA) haben einen geringen Effekt dieser Wirkstoffe aufgezeigt und Leitlinien wie EULAR schlagen sie als eine mögliche Therapieoption mit geringer nachgewiesener Wirksamkeit vor (48-51). Wie die Auswertung jedoch zeigt, sind Hausärzte von diesen Therapien und Empfehlungen nicht überzeugt.

Überweisungen

Überweisungen vom Hausarzt zum Orthopäden zählen zu den häufigsten Überweisungen überhaupt. Unsere Studie zeigte, dass neben rein medizinischen Indikationen auch die Therapiepräferenzen des Patienten eine wichtige Rolle spielen. Seitens des Patienten wird hier wohl vor allem der Orthopäde als Spezialist für Gelenkerkrankungen wahrgenommen.

Stärken und Schwächen der Studie

Die Rekrutierung der befragten Hausärzte erfolgte über eine Informationsveranstaltung für das PaxArt-Projekt. Dies kann zu einer Verzerrung zugunsten von Hausärzten geführt haben, die eine höhere Affinität zur Thematik und damit eventuell auch eine höhere Kompetenz haben. Eine weitere Einschränkung der Untersuchung ist die vergleichsweise kleine Anzahl an Befragten. Die Übereinstimmung mit Ergebnissen aus europäischen Nachbarländern weist jedoch auf die Validität der Ergebnisse hin.

Schlussfolgerungen

Obgleich es keine fundamentalen Diskrepanzen zu den existierenden evidenzbasierten Empfehlungen gibt, erscheint eine eigene hausärztliche Leitlinie, die der Besonderheit in der Primärversorgung, mit der Betonung nicht-invasiver Verfahren Rechnung trägt, sinnvoll. Auch die Überbewertung der Bildgebung und die offensichtliche Herausforderung der medikamentösen Therapie legen dies nahe. Körperliche Aktivität und Gewichtskontrolle bzw. -reduktion sind eine Basisempfehlung nicht nur für Arthrosepatienten, sondern für viele chronische Erkrankungen wie z.B. Diabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen. Am Bewusstsein dafür mangelt es nicht, vielmehr an geeigneten Strategien, Patienten dieses Wissen zu vermitteln, eine Aufgabe mit der die Primärversorger nicht alleine gelassen werden sollten.

Danksagungen

Das Projekt wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) finanziert, Fördernummer 01GK0301. Die Autoren danken allen teilnehmenden Ärzten.

Interessenskonflikte:

Alle Autoren versichern, dass keine Interessenskonflikt bestehen.

Table 1. Charakteristika der befragten Allgemeinärzte

N	Geschlecht	Patienten/ Quartal	Alter	Berufserfahrung (Jahre)	Zusatz- qualifikationen (%)
113	M	1.083 (275)	48.2 (9.3)	14.9 (6.8)	37 (32.7%)
31	W	812 (388)	43.9 (8.1)	11.3 (8.3)	14 (45,2%)
144		1024 (317)	47.4 (8.6)	14.1 (7.3)	51 (35.4%)

Mittelwert (Standardabweichung), sofern nicht anders angegeben

Table 2. Bedeutung verschiedener Prozeduren für die Diagnose einer Arthrose

	Sehr wichtig (%)	Wichtig (%)	Weniger wichtig (%)	Unwichtig (%)
Anamnese	122 (84.7)	22 (15.3)	0	0
Körperliche Untersuchung	100 (69.4)	44 (30.6)	0	0
Röntgen	21 (14.6)	82 (56.9)	41 (28.5)	0
Orthopädische Konsultation	7 (4.8)	85 (59.0)	48 (33.3)	4 (2.8)
CT / NMR	4 (2.8)	21 (14.6)	75 (52.1)	44 (30.5)
Invasive Diagnostik / Arthroskopie	0	14 (9.7)	93 (64.6)	37 (25.7)

Table 2. Welche Befunde werden regelmäßig in den Unterlagen dokumentiert?

	Hausärzte	%
Diagnose	144	100
Hauptbefunde der körperlichen Untersuchung	139	96.5
Diagnose-spezifische Medikation	138	95.8
Datum der Verschreibung	136	94.4
Dosierung	131	90.9
Verschreibung einer physikalischen Therapie, etc.	128	88.8
Überweisung zum Facharzt	102	70.8
Gewicht	95	65.9
Körpergröße	95	65.9
Röntgenbefunde	90	62.5
Gelenkbeweglichkeit	40	27.7
BMI	33	22.9

Table 4. Einschätzung des Nutzens verschiedener Therapieoptionen

(1=wichtig/wirksam; 5= unwichtig/unwirksam)

	Mittelwert (SD)
Motivation zur Gewichtsreduktion	1.46 (0.70)
Motivation zur körperlichen Bewegung	1.53 (0.62)
Physikalische Therapie	1.81 (0.63)
Unspezifische NSAR (Diclofenac, etc.)	1.83 (0.82)
Opioidanalgetika	1.86 (0.81)
Kälte- oder Wärmeanwendung	2.39 (0.79)
Akupunktur	2.68 (1.22)
selektive COX 2-Inhibitoren	2.83 (1.31)
Aktuelle Analgetika	2.86 (1.42)
Balneotherapie	2.93 (1.16)
Intraartikuläre Injektion von Kortikoiden	3.05 (0.89)
Homöopathika	3.11 (1.17)
Glucosamin, Chondroitin (SYSADOA)	3.30 (1.25)
Magnetfeldtherapie	3.48 (1.51)
Vitamin E – Präparate	3.59 (0.81)

Table 5. Hauptprobleme in der Therapie der Arthrose

	Großes Problem (%)	Problem (%)	Kleines Problem (%)	Kein Problem (%)
Fehlende Patientencompliance	78 (54.2)	53 (36.8)	13 (9.0)	0
Schmerzen	55 (38.2)	67 (46.5)	22 (15.3)	0
Bewegungseinschränkung	35 (24.3)	84 (58.3)	25 (17.4)	0
Begleitende Depressivität	25 (17.4)	66 (45.8)	53 (36.8)	0

Table 6. Gründe für eine Überweisung zum Orthopäden

	Sehr wichtig (%)	Wichtig (%)	weniger wichtig (%)	Unwichtig (%)
Frage nach OP-Indikation	68 (47.2)	34 (23.6)	34 (23.6)	8 (5.5)
Wunsch des Patienten	38 (26.4)	90 (62.5)	16 (11.1)	0
„Zweitmeinung“ in der Therapie	27 (18.7)	58 (40.3)	51 (35.4)	8 (5.5)
„Entlastung“	13 (9.0)	72 (50.0)	52 (36.1)	7 (4.8)

Reference List

- (1) Ehrlich GE. The rise of osteoarthritis. *Bull World Health Organ* 2003; 81(9):630.
- (2) Abom BM, Munck AP. [Examination and treatment of musculoskeletal diseases in general practice investigated by medical audit]. *Ugeskr Laeger* 1997; 159(45):6680-6683.
- (3) Guidelines for the diagnosis, investigation and management of osteoarthritis of the hip and knee. Report of a Joint Working Group of the British Society for Rheumatology and the Research Unit of the Royal College of Physicians. *J R Coll Physicians Lond* 1993; 27(4):391-396.
- (4) Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee: 2000 update. American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. *Arthritis Rheum* 2000; 43(9):1905-1915.
- (5) Mazieres B, Bannwarth B, Dougados M, Lequesne M. EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis. Report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials. *Joint Bone Spine* 2001; 68(3):231-240.
- (6) Zhang W, Doherty M, Arden N, Bannwarth B, Bijlsma J, Gunther KP et al. EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2005; 64(5):669-681.
- (7) Felson DT, Lawrence RC, Hochberg MC, McAlindon T, Dieppe PA, Minor MA et al. Osteoarthritis: new insights. Part 2: treatment approaches. *Ann Intern Med* 2000; 133(9):726-737.
- (8) Felson DT, Lawrence RC, Dieppe PA, Hirsch R, Helmick CG, Jordan JM et al. Osteoarthritis: new insights. Part 1: the disease and its risk factors. *Ann Intern Med* 2000; 133(8):635-646.
- (9) Lasek R., Mueller-Oerlinghausen B. Empfehlungen zur Therapie von degenerativen Gelenkerkrankungen. Lasek R.; Mueller-Oerlinghausen B., 2001.
- (10) Mazieres B, Bannwarth B, Dougados M, Lequesne M. EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis. Report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials. *Joint Bone Spine* 2001; 68(3):231-240.
- (11) McAlindon TE, LaValley MP, Gulin JP, Felson DT. Glucosamine and chondroitin for treatment of osteoarthritis: a systematic quality assessment and meta-analysis. *JAMA* 2000; 283(11):1469-1475.
- (12) Mamlin LA, Melfi CA, Parchman ML, Gutierrez B, Allen DI, Katz BP et al. Management of osteoarthritis of the knee by primary care physicians. *Arch Fam Med* 1998; 7(6):563-567.

- (13) Rosemann T, Wensing M, Joest K, Backenstrass M, Mahler C, Szecsenyi J. Problems and needs for improving primary care of osteoarthritis patients: the views of patients, general practitioners and practice nurses. *BMC Musculoskelet Disord* 2006; 7(1):48.
- (14) Rosemann T, Korner T, Wensing M, Gensichen J, Muth C, Joos S et al. Rationale, design and conduct of a comprehensive evaluation of a primary care based intervention to improve the quality of life of osteoarthritis patients. The PraxArt-project: a cluster randomized controlled trial [ISRCTN87252339]. *BMC Public Health* 2005; 5:77.
- (15) Mazieres B, Bannwarth B, Dougados M, Lequesne M. EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis. Report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials. *Joint Bone Spine* 2001; 68(3):231-240.
- (16) Zhang W, Doherty M, Arden N, Bannwarth B, Bijlsma J, Gunther KP et al. EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2005; 64(5):669-681.
- (17) Mazieres B, Schmidely N, Hauselmann HJ, Martin-Mola E, Serni U, Verbruggen AA et al. Level of acceptability of EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis by practitioners in different European countries. *Ann Rheum Dis* 2005.
- (18) Chevalier X, Marre JP, de Butler J, Hercek A. Questionnaire survey of management and prescription of general practitioners in knee osteoarthritis: a comparison with 2000 EULAR recommendations. *Clin Exp Rheumatol* 2004; 22(2):205-212.
- (19) Denoeud L, Mazieres B, Payen-Champenois C, Ravaud P. First line treatment of knee osteoarthritis in outpatients in France: adherence to the EULAR 2000 recommendations and factors influencing adherence. *Ann Rheum Dis* 2005; 64(1):70-74.
- (20) Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003; 362(9391):1225-1230.
- (21) Bierma-Zeinstra SM, Lipschart S, Njoo KH, Bernsen R, Verhaar J, Prins A et al. How do general practitioners manage hip problems in adults? *Scand J Prim Health Care* 2000; 18(3):159-164.
- (22) Hannan MT, Felson DT, Pincus T. Analysis of the discordance between radiographic changes and knee pain in osteoarthritis of the knee. *J Rheumatol* 2000; 27(6):1513-1517.
- (23) Rosemann T, Joos S, Koerner T, Szecsenyi J, Laux G. Comparison of AIMS2-SF, WOMAC, x-ray and a global physician assessment in order to approach quality of life in patients suffering from osteoarthritis. *BMC Musculoskelet Disord* 2006; 7(1):6.
- (24) Chevalier X, Marre JP, de Butler J, Hercek A. Questionnaire survey of management and prescription of general practitioners in knee osteoarthritis: a comparison with 2000 EULAR recommendations. *Clin Exp Rheumatol* 2004; 22(2):205-212.
- (25) Regulla DF, Eder H. Patient exposure in medical X-ray imaging in Europe. *Radiat Prot Dosimetry* 2005; 114(1-3):11-25.

- (26) Felson DT, Lawrence RC, Hochberg MC, McAlindon T, Dieppe PA, Minor MA et al. Osteoarthritis: new insights. Part 2: treatment approaches. *Ann Intern Med* 2000; 133(9):726-737.
- (27) Mazieres B, Bannwarth B, Dougados M, Lequesne M. EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis. Report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials. *Joint Bone Spine* 2001; 68(3):231-240.
- (28) Zhang W, Doherty M, Arden N, Bannwarth B, Bijlsma J, Gunther KP et al. EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2005; 64(5):669-681.
- (29) Mazzuca SA, Brandt KD, Katz BP, Dittus RS, Freund DA, Lubitz R et al. Comparison of general internists, family physicians, and rheumatologists managing patients with symptoms of osteoarthritis of the knee. *Arthritis Care Res* 1997; 10(5):289-299.
- (30) Rosemann T, Backenstrass M, Joest K, Rosemann A, Szecsenyi J, Laux G. Predictors of depression in a sample of 1,021 primary care patients with osteoarthritis. *Arthritis Rheum* 2007; 57(3):415-422.
- (31) Rosemann T, Gensichen J, Sauer N, Laux G, Szecsenyi J. The impact of concomitant depression on quality of life and health service utilisation in patients with osteoarthritis. *Rheumatol Int* 2007; 27(9):859-863.
- (32) Rosemann T, Kuehlein T, Laux G, Szecsenyi J. Osteoarthritis of the knee and hip: a comparison of factors associated with physical activity. *Clin Rheumatol* 2007; 26(11):1811-1817.
- (33) Memel DS, Kirwan JR, Sharp DJ, Hehir M. General practitioners miss disability and anxiety as well as depression in their patients with osteoarthritis. *Br J Gen Pract* 2000; 50(457):645-648.
- (34) Jawad AS. Analgesics and osteoarthritis: are treatment guidelines reflected in clinical practice? *Am J Ther* 2005; 12(1):98-103.
- (35) Crichton B, Green M. GP and patient perspectives on treatment with non-steroidal anti-inflammatory drugs for the treatment of pain in osteoarthritis. *Curr Med Res Opin* 2002; 18(2):92-96.
- (36) Felson DT, Lawrence RC, Hochberg MC, McAlindon T, Dieppe PA, Minor MA et al. Osteoarthritis: new insights. Part 2: treatment approaches. *Ann Intern Med* 2000; 133(9):726-737.
- (37) Lane NE, Thompson JM. Management of osteoarthritis in the primary-care setting: an evidence-based approach to treatment. *Am J Med* 1997; 103(6A):25S-30S.
- (38) Mazieres B, Bannwarth B, Dougados M, Lequesne M. EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis. Report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials. *Joint Bone Spine* 2001; 68(3):231-240.

- (39) Zhang W, Doherty M, Arden N, Bannwarth B, Bijlsma J, Gunther KP et al. EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2005; 64(5):669-681.
- (40) Brosseau L, Yonge KA, Robinson V, Marchand S, Judd M, Wells G et al. Thermotherapy for treatment of osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(4):CD004522.
- (41) Vas J, Mendez C, Perea-Milla E, Vega E, Panadero MD, Leon JM et al. Acupuncture as a complementary therapy to the pharmacological treatment of osteoarthritis of the knee: randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 329(7476):1216.
- (42) Berman BM, Lao L, Langenberg P, Lee WL, Gilpin AM, Hochberg MC. Effectiveness of acupuncture as adjunctive therapy in osteoarthritis of the knee: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2004; 141(12):901-910.
- (43) Felson DT, Lawrence RC, Hochberg MC, McAlindon T, Dieppe PA, Minor MA et al. Osteoarthritis: new insights. Part 2: treatment approaches. *Ann Intern Med* 2000; 133(9):726-737.
- (44) Felson DT, Lawrence RC, Dieppe PA, Hirsch R, Helmick CG, Jordan JM et al. Osteoarthritis: new insights. Part 1: the disease and its risk factors. *Ann Intern Med* 2000; 133(8):635-646.
- (45) Mazieres B, Bannwarth B, Dougados M, Lequesne M. EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis. Report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials. *Joint Bone Spine* 2001; 68(3):231-240.
- (46) Zhang W, Doherty M, Arden N, Bannwarth B, Bijlsma J, Gunther KP et al. EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2005; 64(5):669-681.
- (47) Lane NE, Thompson JM. Management of osteoarthritis in the primary-care setting: an evidence-based approach to treatment. *Am J Med* 1997; 103(6A):25S-30S.
- (48) Zhang W, Doherty M, Arden N, Bannwarth B, Bijlsma J, Gunther KP et al. EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2005; 64(5):669-681.
- (49) McAlindon TE, LaValley MP, Gulin JP, Felson DT. Glucosamine and chondroitin for treatment of osteoarthritis: a systematic quality assessment and meta-analysis. *JAMA* 2000; 283(11):1469-1475.
- (50) Moskowitz RW. Hyaluronic acid supplementation. *Curr Rheumatol Rep* 2000; 2(6):466-471.
- (51) Hamburger MI, Lakhanpal S, Mooar PA, Oster D. Intra-articular hyaluronans: a review of product-specific safety profiles. *Semin Arthritis Rheum* 2003; 32(5):296-309.

